

GUIA DOENÇAS ENDÓCRINAS
Tudo o que deve saber

GUIA

Índice

05 INTRODUÇÃO

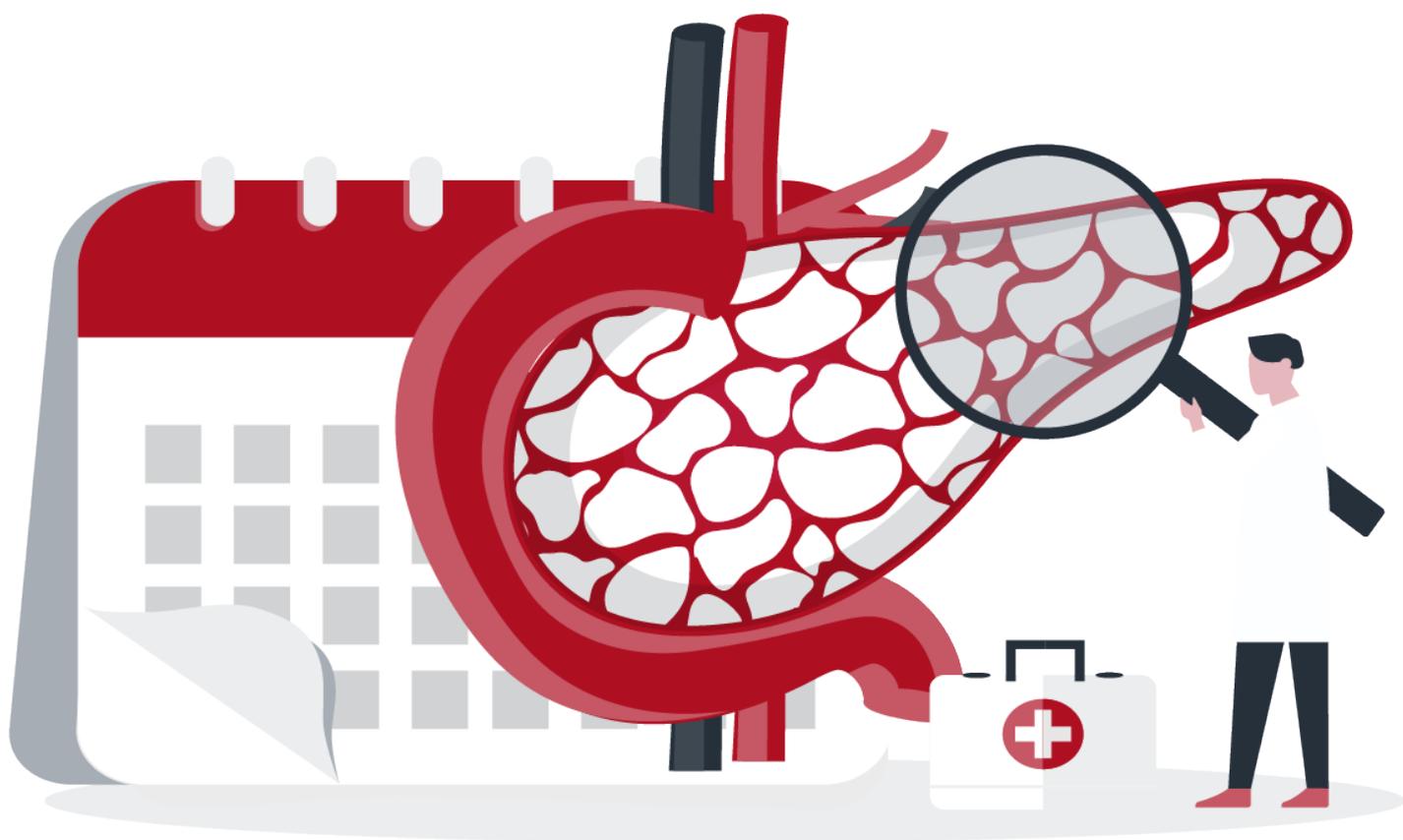
06 DOENÇAS ENDÓCRINAS: TUDO O QUE DEVE SABER

- 08 Diabetes Mellitus
- 09 Causas
- 09 Sintomas
- 09 Tratamento
- 10 Obesidade
- 11 Causas
- 11 Sintomas
- 11 Tratamento
- 12 Disfunções da Tiróide
- 13 Nódulos não palpáveis da tiróide
- 13 Hipertiroidismo
- 14 Hipotiroidismo
- 15 Doenças hipotálamo-hipofisárias
- 15 Hipopituitarismo
- 16 Suprarrenal
- 18 Gónadas
- 18 Metabolismo fosfo-cálcico
- 18 Tumores neuroendócrinos

19 SERÁ QUE É POSSÍVEL PREVENIR AS DOENÇAS ENDÓCRINAS?

21 CONCLUSÃO





INTRODUÇÃO

Guia Doenças Endócrinas: tudo o que deve saber

O sistema endócrino é responsável pela produção de substâncias químicas denominadas hormonas, que são secretadas no sangue, e vão regular diferentes células e tecidos do organismo. As células especializadas responsáveis pela produção das hormonas são conhecidas como células endócrinas.

Os distúrbios endócrinos podem apresentar diversos sintomas que variam de **intensidade** e de **frequência**. As principais glândulas endócrinas são hipófise, tiróide, paratiróide, pâncreas, suprarrenal, ovários e testículos, e a disfunção de uma delas pode traduzir em carência ou excesso da produção de determinadas hormonas, **comprometendo o funcionamento** do nosso organismo.

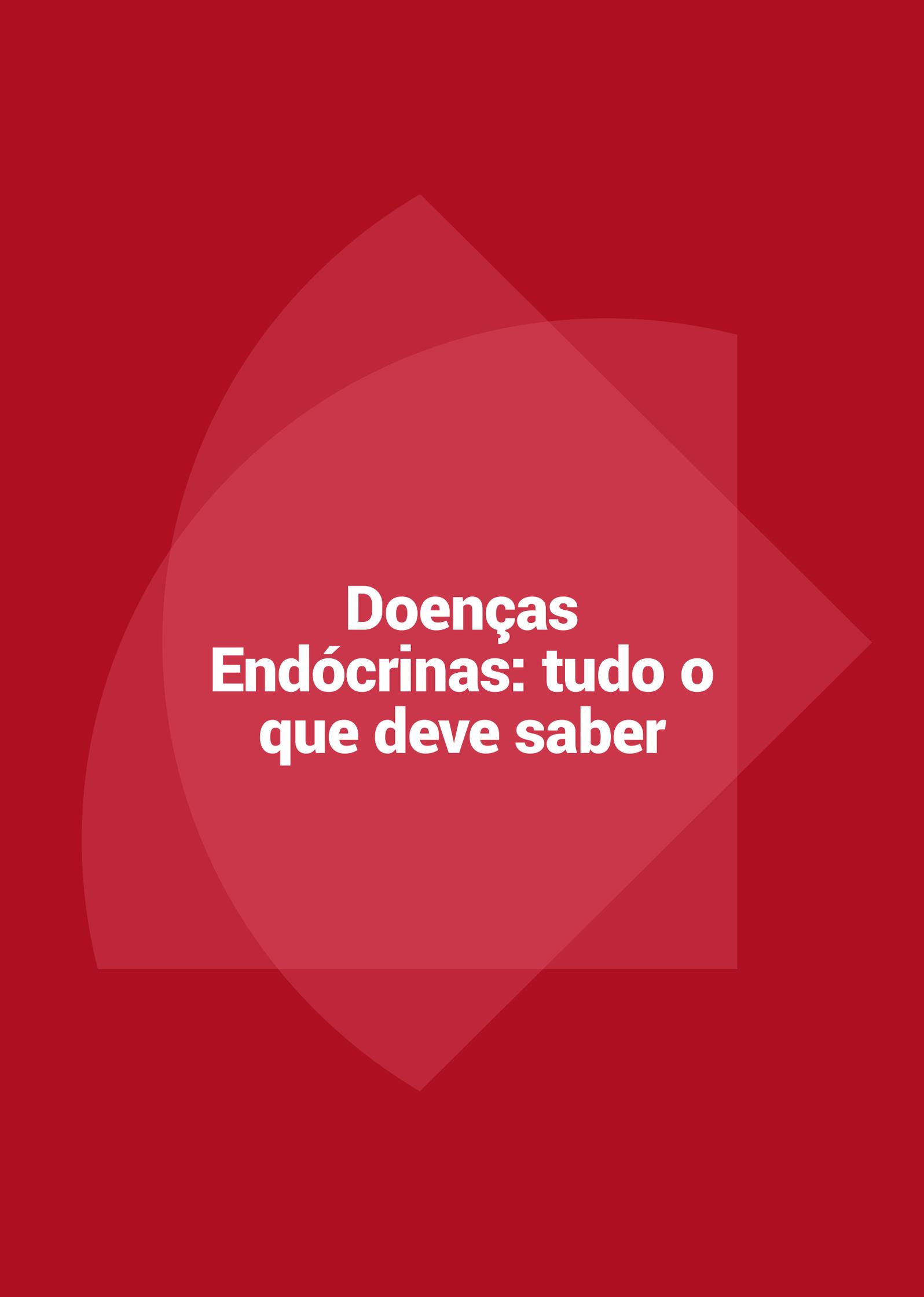
Da diabetes à obesidade, são várias as doenças que podem ser provocadas pelas **disfunções endócrinas**. Para tratar estas patologias, é importante, entre outros aspetos, procurar um médico endocrinologista, capaz de identificar o distúrbio e definir qual o método de tratamento mais adequado para cada situação.

Algumas doenças endócrinas são, também, doenças crónicas e podem exigir uma terapêutica e um acompanhamento médico até ao final da vida, o que não significa que ponham em causa a qualidade ou a esperança média de vida.

Em Portugal, esta especialidade médica acompanha o ritmo europeu, adotando procedimentos atualizados, como a realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente ecografias da tiróide, citologias ecoguiadas, avaliação da composição corporal por DEXA ou bioimpedância elétrica, cateterismos seios petrosos e veias suprarrenais.

Em termos terapêuticos, o nosso país também recorre à tecnologia mais avançada, de que são exemplo as bombas perfusoras de insulina, utilizadas no tratamento de adultos, crianças e grávidas com diabetes tipo 1.

Da pressão alta à falta de apetite, são vários os sintomas que podem ser indicadores da existência de doenças endócrinas. Fique a conhecer as mais comuns e, também, as mais raras.

The background is a solid red color. Overlaid on this are several semi-transparent, overlapping shapes in a slightly darker shade of red. These shapes include a large circle on the left, a large triangle on the right, and a large square in the center. The text is centered within the square area.

**Doenças
Endócrinas: tudo o
que deve saber**

DOENÇAS ENDÓCRINAS: TUDO O QUE DEVE SABER

A **endocrinologia** é a especialidade médica que se dedica ao estudo e ao tratamento das doenças endócrinas, ou seja, as doenças das glândulas endócrinas.

Estas glândulas são responsáveis pela **produção de hormonas**, as quais controlam diversas funções no nosso corpo, regulando nomeadamente a glicemia, a pressão arterial, o consumo energético, o apetite, entre outras funções.

As doenças endócrinas mais comuns são a **Diabetes Mellitus**, a **Obesidade** e as **Disfunções da Tiróide**. Menos frequentes são os tumores da hipófise, os problemas do metabolismo do cálcio e do osso, o défice da hormona do crescimento, os problemas de desenvolvimento da puberdade e as disfunções hormonais sexuais.

Uma vez que há uma multiplicidade de glândulas de secreção endócrina, distribuídas por todo o corpo, podemos considerar a endocrinologia uma especialidade com características mais **funcionais** do que anatómicas.



DIABETES MELLITUS

A **diabetes** é uma das doenças endócrina e crónica mais frequente a nível mundial. Ela atinge, aproximadamente, 415 milhões de pessoas e este é um número que tende a crescer. Só em Portugal, há cerca de 1 milhão e 300 mil diabéticos e aproximadamente 60.000 diabéticos tipo 1.

Na base deste problema estão, regra geral, anomalias no pâncreas, o qual, em condições normais, produz a insulina, com o intuito de regular o açúcar que circula pela corrente sanguínea, quando o nível de glicose no sangue se eleva (em virtude da alimentação, por exemplo). Face a uma **produção insuficiente** ou **má absorção de insulina**, o resultado é um aumento dos níveis de glicose no sangue que pode acarretar aos portadores risco considerável de algumas complicações, nomeadamente retinopatia (danos à retina, tecido no fundo do globo ocular, que levam à cegueira), neuropatia periférica (comprometimento nervoso, acometendo sensibilidade), falência renal e os problemas cardiovasculares.

Há três principais **tipos de diabetes**: a Diabetes Tipo 1; a Diabetes Tipo 2; e a Diabetes Gestacional.

DIABETES TIPO 1

A Diabetes Tipo 1 é menos frequente e afeta, sobretudo, **crianças e jovens**, e concentra de 5% a 10% do total de pessoas portadoras de diabetes. Além disso, é chamada de **doença autoimune**, pois o sistema imunológico ataca as células beta, as quais são responsáveis pela produção de insulina no pâncreas. Dessa forma, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o organismo, acarretando a não absorção da glicose pelas células.

DIABETES TIPO 2

A Diabetes Tipo 2 é o subtipo **mais comum**. Em torno de 90% das pessoas diagnosticadas (normalmente adultos, mas crianças também podem apresentar) têm diabetes tipo 2, e surge quando o organismo passa a ter resistência à insulina, ou seja, perde a capacidade para responder aos efeitos da hormona.

DIABETES GESTACIONAL

A Diabetes Gestacional pode surgir durante a **gestação**, desaparecendo, normalmente, no fim da gravidez.



CAUSAS

Há **fatores** que podem estar relacionados com o aparecimento da diabetes.

1. A Diabetes Tipo 1 pode ter origem em doenças auto-imunes; vírus; e/ou hereditariedade.
2. A Diabetes Tipo 2 pode ser causada por: hereditariedade; excesso de peso; perímetro abdominal elevado; sedentarismo; idade superior a 40 anos; hipertensão; hipercolesterolemia; e/ou histórico de diabetes gestacional ou ter tido recém-nascidos com mais de 4 kgs.

A progressão da diabetes, assim como posteriores complicações, podem ser evitadas se esta for tratada desde o início.

SINTOMAS

Os **sintomas** mais comuns da diabetes podem variar, de acordo com o tipo de diabetes em causa.

1. Na Diabetes Tipo 1, os sintomas mais comuns são: a **poliúria** (ter uma vontade frequente de urinar); a **polidipsia** (sentir muita sede); a **polifagia** (estar sempre com muita fome); a **perda acentuada de peso**; a **boca habitualmente seca**; a **fadiga**; o **hálito a acetona**.
2. Na Diabetes Tipo 2, a maioria dos pacientes é assintomático no momento do diagnóstico (que em geral é feito pela dosagem da glicose de jejum em análises de rotina). Entretanto, as infeções regulares, como **micoses** ou **infeções urinárias**; a **fadiga**; a **boca habitualmente seca**; a **poliúria** (ter uma vontade frequente de urinar) podem também estar presentes.

TRATAMENTO

A diabetes deve ser tratada o mais precocemente possível, a fim de se evitar a progressão da doença e posteriores complicações. Através da **toma de medicamentos**, assim como da prática de um **estilo de vida mais equilibrado** é possível alcançar adequado controle glicémico, o qual protagoniza o tratamento.

- › Os diabéticos de tipo 1 devem recorrer à insulina e adotar uma alimentação mais saudável.
- › Os diabéticos de tipo 2 devem ter uma dieta equilibrada, perder algum peso, praticar exercício físico, e cumprir com uma eventual terapêutica farmacológica recomendada pelo médico, a qual pode passar pela toma de comprimidos e/ou insulina.



OBESIDADE

A **Organização Mundial de Saúde** já considerou a obesidade uma epidemia. A prevalência desta condição médica em Portugal tem vindo a aumentar substancialmente, estando a obesidade abdominal (também conhecida como obesidade andróide) associada ao **aumento de risco de doença cardiovascular e morte prematura**. Dentre as alterações metabólicas associadas com obesidade abdominal incluem as dislipidemias, resistência à insulina, diabetes de tipo 2 (diabetes do adulto), síndrome metabólica, inflamações e trombose.

Estima-se que 40% da população portuguesa tenha excesso de peso ou obesidade, incluindo a faixa etária mais jovem. Por isso, a **obesidade infantil** é, também, uma preocupação crescente.

As consequências desta patologia passam pelo desencadeamento de outras doenças, nomeadamente a **diabetes**; a **hipertensão arterial**; a **dislipidemia** (colesterol elevado no sangue); e os **problemas cardiovasculares**, pondo em causa a qualidade e a expectativa média de vida.

A obesidade está associada a grande mortalidade e morbidade, sendo responsável por 5% a 10% dos custos de saúde. Por esse motivo, os doentes com IMC > a 35/40 kg/m² devem ser acompanhados em serviço hospitalar, por equipas multidisciplinares que incluam um médico endocrinologista.

Dessa forma, a obesidade consiste não apenas em um problema de saúde pública, como também uma **doença crónica com génese multifatorial**, constituindo importante fator de risco para desenvolvimento e agravamento de outras patologias. Combater o sedentarismo e a alimentação inadequada são dois passos essenciais para evitar este problema.



CAUSAS

Como já dissemos, a obesidade tem origem multifatorial, embora o **sedentarismo** e uma **alimentação desequilibrada**, com muito açúcar e gordura, sejam as causas mais comuns. Daí, a importância de sensibilizar as crianças, desde cedo, para um estilo de vida saudável, como forma de prevenção desta doença.

SINTOMAS

A obesidade caracteriza-se pela **acumulação de gordura corporal** e pelo **aumento de peso**. Além disso, ao calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) - dividir o peso (kg) pela altura (metros) elevada ao quadrado -, é possível ficar a perceber se se encontra ou não numa situação de obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, um IMC entre 25.0 e 29.9 corresponde a um caso de pré-obesidade; um IMC entre 30.0 e 34.9 diz respeito a uma obesidade classe I; um IMC entre 35.0 e 39.9 está associado a um quadro de obesidade classe II; e um IMC igual ou superior a 40.0 é um caso de obesidade classe III.

TRATAMENTO

A obesidade pode ser tratada ou minimizada com recurso a um conjunto de **fatores**, tais como:

1.

Mudança de certos hábitos pouco saudáveis



2.

Adoção de um estilo de vida mais equilibrado.

3.

Alimentação mais à base de frutas e legumes e menos açúcar e gordura.



4.

Prática diária de atividade física.



5.

Alguns pacientes podem necessitar de algum tipo de terapêutica ou mesmo de cirurgia.



DISFUNÇÕES DA TIRÓIDE

A tiróide é uma **glândula endócrina** responsável por **segregar hormonas tiroideias**, nomeadamente triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), as quais regulam a função dos órgãos e o controle do metabolismo.

A função da tiróide e consequente produção de T3 e T4 é comandada por uma pequena glândula instalada na base do cérebro, denominada **hipófise**, responsável por produzir uma hormona estimulante da tiróide (TSH).

Uma vez que a tiróide age diretamente nas funções de órgãos como o cérebro, coração, rins e fígado, além de influenciar a fertilidade, ciclo menstrual, emocional, capacidade de concentração, memória e peso, os **distúrbios da tiróide** podem manifestar-se clinicamente de diversas formas.

A disfunção tiroideia é uma **doença endócrina** relativamente comum e que pode ter efeitos nocivos na saúde, principalmente cardiovascular. Estima-se que 11% dos europeus tenha algum tipo de disfunção tiroideia, ainda que ela possa não estar devidamente diagnosticada. A patologia nodular da tiróide é também muito frequente na prática clínica.

Estas alterações da tiróide são, normalmente, diagnosticadas através de um exame imagiológico, como a **ecografia**, ou do **estudo laboratorial da função tiroideia**.

Consideram-se disfunções subclínicas da tiróide: os **nódulos não palpáveis** (incidentalomas da tiróide); o **hipertiroidismo**; e o **hipotiroidismo**.



NÓDULOS NÃO PALPÁVEIS DA TIRÓIDE

Estes **nódulos** podem ser detetados ocasionalmente, através da realização de exames imagiológicos ao pescoço, como a ecografia, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética.

Os nódulos não palpáveis da tiróide são mais comuns com o avançar da idade e são, normalmente, de pequena dimensão. Nesses casos, é apenas recomendada uma **vigilância clínica periódica**.

HIPERTIROIDISMO

O diagnóstico do hipertiroidismo é feito com a dosagem das hormonas T3 e T4 e o TSH, hormona que regula a tiróide. Uma vez que a causa do aumento dos níveis hormonais é identificada, o melhor tratamento será definido, sendo que este pode ser feito com medicação ou não. Em casos específicos, como o de gestantes, é muito importante uma investigação rigorosa.

O problema pode surgir em qualquer fase da vida e pode afetar tanto homens, quanto mulheres. No entanto, a incidência é maior entre as mulheres na idade adulta, cuja frequência é cinco ou seis vezes superior do que nos homens.

- 1. Quando o hipertiroidismo é leve**, denominado subclínico, geralmente o paciente não tem sintomas e, quando os tem, são de pequena intensidade. Neste caso, a necessidade de tratamento é discutível. A decisão de tratar o hipertiroidismo subclínico deve ser tomada pelo endocrinologista, levando em consideração todos os riscos e benefícios envolvidos para cada paciente.
- 2. Por outro lado, quando o hipertiroidismo é mais intenso** (hipertiroidismo franco), vários sinais e sintomas estão presentes. Neste caso, o tratamento é, sem dúvida, necessário, até porque o hipertiroidismo pode ser suficientemente grave para colocar em risco a vida do paciente.

O hipertiroidismo pode ser leve, não se traduzindo num risco para o paciente, ou franco, o que implica obrigatoriamente tratamento, de forma a evitar repercussões mais graves.

Em relação à etiologia, elas são as mesmas do hipertireoidismo franco, que apresenta as doenças imunológicas como causas mais comuns. A causa mais frequente é a **Doença de Graves**, condição autoimune que gera uma anomalia no funcionamento da glândula da tiróide. Mas, também pode surgir devido à **Doença de Hashimoto**, a uma tiroidite viral ou devido ao fato de o paciente estar a fazer tratamento para o hipotireoidismo e tomar doses de hormonas mais elevadas do que o necessário.

HIPOTIROIDISMO

No hipotireoidismo, a glândula tiróide não é capaz de produzir a quantidade necessária de hormonas para o organismo e os pacientes apresentam níveis de hormonas T3 e T4 Livre baixos. Porém:

1. No **hipotireoidismo subclínico**, os níveis de T4 Livre, principal hormona produzida pela tiróide, ainda estão normais. Embora a glândula já não funcione como deveria, ainda é capaz de produzir hormonas tiroidianas, estimulada pelos níveis elevados de TSH. Assim, o diagnóstico do hipotireoidismo subclínico é definido pela presença de níveis elevados do TSH e normais do T4 Livre na circulação sanguínea.

Trata-se, por sua vez, da **forma mais leve e inicial do hipotireoidismo**, especialmente em mulheres e idosos. Apesar disso, é pouco diagnosticada, por ser normalmente **assintomática** ou com poucos sintomas e pouco específicos, de modo que se podem confundir com os de outras doenças.

Mesmo sendo uma forma leve e com poucos sintomas, os estudos mostram que o hipotireoidismo subclínico pode associar-se a complicações graves, como enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e depressão, entre outras. Apesar disso, nem todos os pacientes precisam de tratamento.

2. Já o **hipotireoidismo franco** é a fase posterior ao subclínico, quando os níveis de TSH estão elevados e os de T4 Livre estão abaixo dos valores de referência. Neste caso, **os pacientes apresentam mais frequentemente os sintomas clássicos da doença**, como cansaço, desânimo, indisposição, sonolência excessiva, sono não reparador, ressecamento da pele, queda de cabelos e unhas, depressão e dificuldade para perder peso, entre outros.

Pacientes com hipotireoidismo subclínico podem progredir para o franco, principalmente os do género feminino, com concentração inicial da hormona TSH > 10 mU/L, presença de anticorpos contra a tiróide (anti-TPO) positivos no sangue ou com alterações ultrassonográficas sugestivas de inflamação (tiroidite autoimune) na tiróide.

DOENÇAS HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIAS

Estas patologias podem ter como origem **tumores da região hipotálamo-hipófise**. O aparecimento destes tumores pode estar relacionado com: o excesso de somatotrofina; a doença de Cushing (caraterizada por níveis elevados de cortisol no sangue); o síndrome amenorreia-galactorreia; o hipertireoidismo; ou os adenomas não funcionantes.

A **hipófise** é uma pequena glândula que fica na base do cérebro e que é responsável pela regulação do funcionamento de outras glândulas. Ela é influenciada pelos sinais hormonais provenientes do hipotálamo.

HIPOPITUITARISMO

O hipopituitarismo é uma **doença do lobo anterior da hipófise** e provoca o mau funcionamento desta glândula. O tipo de déficit hormonal irá sempre depender do nível de carência hormonal e das glândulas afetadas. Este problema pode estar relacionado com uma **lesão na glândula ou no hipotálamo**.

Em função do tipo de carência hormonal, alguns dos **sintomas** associados a esta doença são:



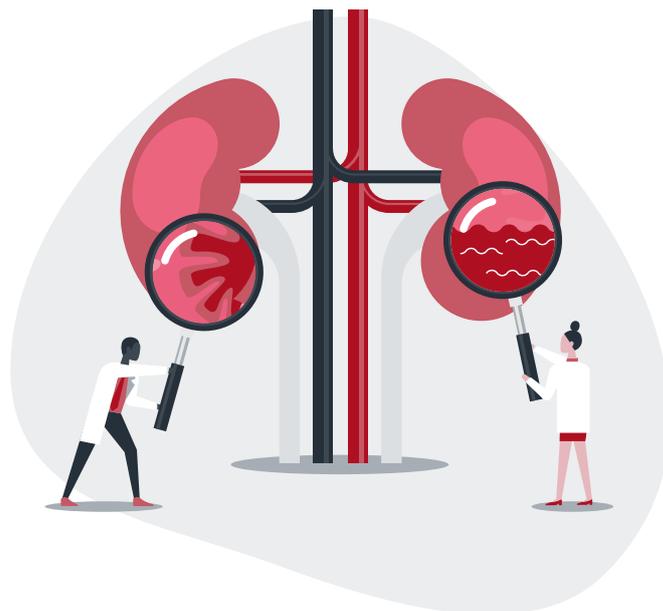
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

1. O diagnóstico desta patologia passa por fazer a história clínica e a observação do doente e realizar exames laboratoriais, como a colheita de sangue para análise. Em alguns casos, pode ser necessário também fazer Provas de Estimulação da hipófise.

Depois, é avaliada a existência ou não de tumores ou outras massas que estejam a prejudicar o normal funcionamento da hipófise. Isto, através da realização de uma tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética nuclear.

2. O tratamento irá depender da origem da patologia, idade e do género do paciente. De um modo geral, o tratamento passa pela substituição das hormonas, através de uma terapêutica de substituição com hormona tiroideia, cortisona, testosterona ou estrogénios. Em caso de lesões tumorais, pode ser necessária cirurgia ou radioterapia.

3. A terapêutica deve prolongar-se até ao final da vida, sendo importante existir um acompanhamento médico regular (uma a duas vezes por ano) para reavaliação da situação. Na generalidade dos casos, cumprindo o tratamento recomendado, o paciente pode fazer uma vida praticamente normal.



SUPRARRENAL

A **glândula adrenal** (ou suprarrenal) é uma glândula endócrina localizada acima dos rins, que estão divididas em córtex (porção mais externa) e medula (parte interna), e cada uma destas partes segrega hormonas. O córtex produz corticoesteróides, e a medula catecolaminas.

A **medula** (parte interna) das adrenais secreta hormonas como a adrenalina (epinefrina) que afetam a pressão arterial, a frequência cardíaca, a sudorese e outras atividades também reguladas pelo sistema nervoso simpático. O **córtex** (parte externa) secreta várias hormonas diferentes, incluindo os corticosteróides (hormonas semelhantes à cortisona), os androgénios (hormonas masculinas) e os mineralocorticóides, os quais controlam a pressão arterial e a concentração de sal e de potássio do organismo.

Algumas doenças podem comprometer o **funcionamento normal das adrenais**, levando ao excesso de algum de seus hormônios ou sua deficiência.

O mau funcionamento da glândula suprarrenal pode estar na origem de alguns **problemas**.

- › Os **incidentalomas da suprarrenal** são cada vez mais fáceis de detetar e correspondem, maioritariamente, a adenomas benignos.
- › A **secreção autónoma de cortisol** (Síndrome Cushing) é a disfunção endócrina mais frequente, com uma prevalência entre os 5% e os 30%.

- › O **hiperaldosteronismo**, condição que ocorre quando as glândulas adrenais produzem a hormona aldosterona em excesso, primário é responsável por 10% dos casos de hipertensão.
- › A **carência da suprarrenal** de origem primária duplicou na Europa, embora a secundária seja mais prevalente.

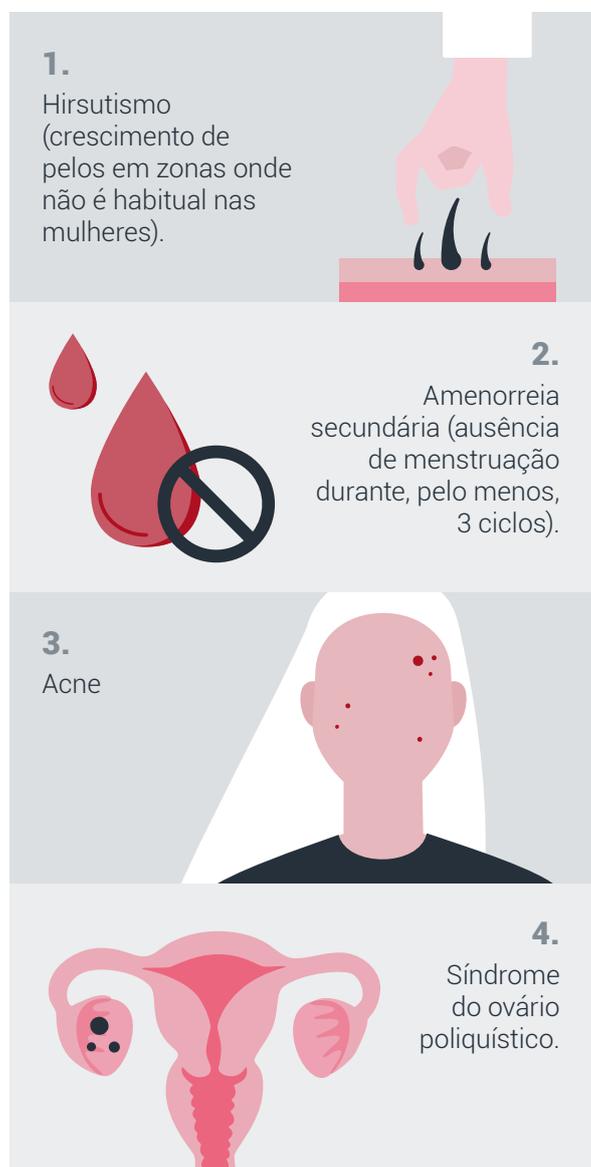
O Cortisol é uma hormona esteróide produzida pelas adrenais que, em níveis normais, ajuda o corpo a responder ao stress, a manter a pressão e a função cardiovascular e o metabolismo energético.

Existem duas tipologias de Síndrome de Cushing: a exógena (causada pelo uso de exógeno de corticosteróides em forma de comprimidos, cremes, injeções para o tratamento de doenças inflamatórias como artrite, asma, dermatites, etc.) e a endógena (excesso de cortisol produzido pelo próprio corpo).

A síndrome de Cushing endógena pode ser decorrente de tumores secretores nas glândulas adrenais ou hipófise. Os principais sinais e sintomas da Síndrome de Cushing são: aumento de peso, face em lua-cheia, diabetes, hipertensão, osteoporose, fraqueza muscular, pele frágil, estrias avermelhadas, depressão, excesso de pêlos e irregularidade menstrual.

GÓNADAS

Há diversos problemas que têm origem nos **órgãos reprodutores** (ovários e testículos). Alguns deles são:



Este último é geralmente definido como uma **síndrome clínica**. Caracteriza-se por obesidade leve, irregularidade menstrual ou amenorreia e sinais de excesso de androgénios (hirsutismo e acne).

A maioria das pacientes tem nos ovários **múltiplos quistos**, que medem habitualmente de 2mm a 6 mm. O diagnóstico é feito por teste de gestação negativo, mensurações dos níveis hormonais e exames de imagem para excluir tumor virilizante. O tratamento é sintomático.

É possível controlar este problema através da toma de alguns fármacos, assim como da prática regular de exercício físico e da manutenção de um peso equilibrado.

METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO

A **carência de vitamina D** pode causar algumas perturbações no metabolismo fosfo-cálcico.

O **hiperparatiroidismo** secundário afeta aproximadamente 30% da população portuguesa e caracteriza-se pela perda da função renal e, eventualmente, também da massa óssea.

Por outro lado, o **hipoparatiroidismo** é maioritariamente iatrogénico, ou seja, é geralmente provocado pela toma de determinado fármaco ou pela sujeição a certo tratamento.

TUMORES NEUROENDÓCRINOS

Os **tumores neuroendócrinos** constituem um grupo heterogéneo de tumores. São raros e têm um crescimento lento, sendo os mais comuns os carcinóides (55%); os pancreáticos não funcionantes; os primários desconhecidos (9%); os insulinomas (8%); e os gastrinomas (4%).

**Será que é
possível prevenir
as doenças
endócrinas?**

SERÁ QUE É POSSÍVEL PREVENIR AS DOENÇAS ENDÓCRINAS?

Esta é uma pergunta para a qual não há uma resposta fácil.

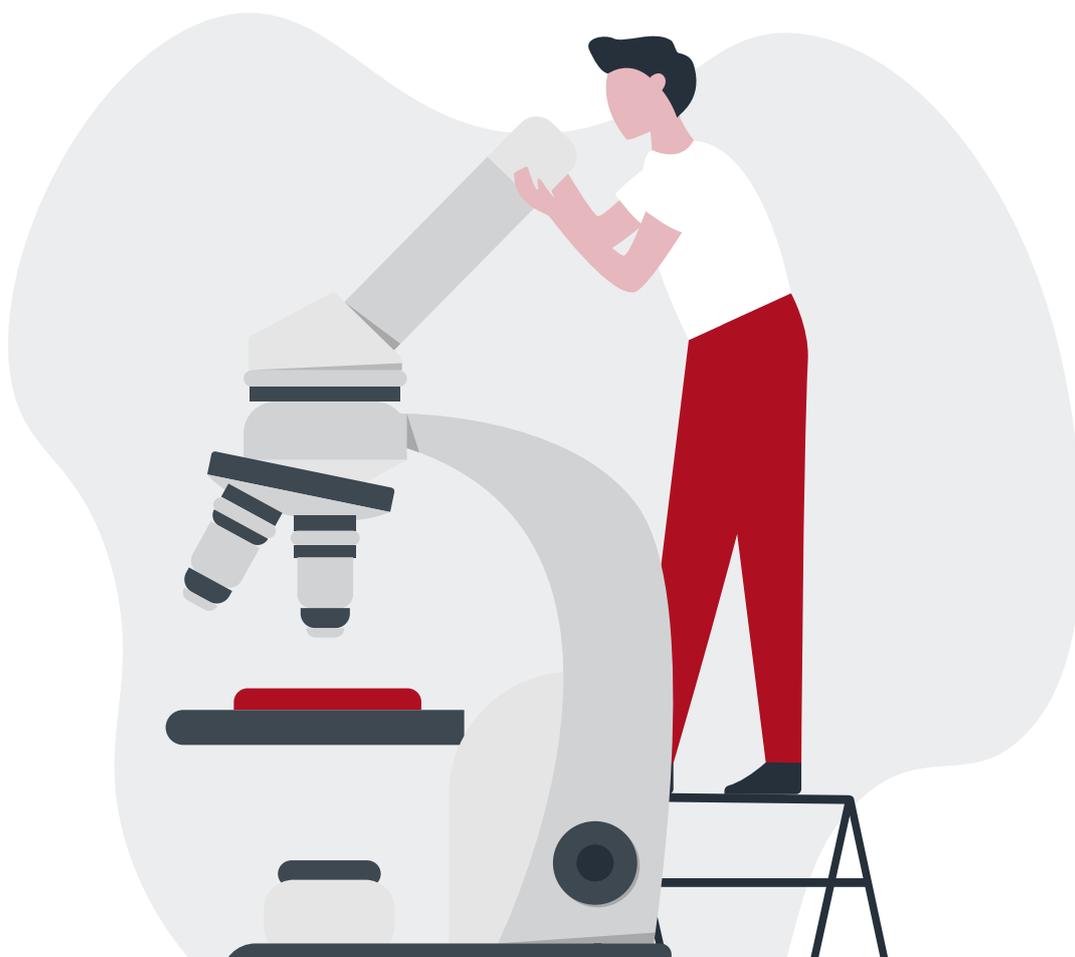
Primeiramente, é preciso perceber que existem muitos fatores que interferem no nosso sistema endócrino, como é o caso da **genética**, dos **hábitos de vida** e até das **substâncias presentes no meio ambiente**.

Assim, à primeira vista, há vários aspetos que não conseguimos controlar, como a qualidade do ar que respiramos, as características da água que usamos ou as propriedades dos alimentos que consumimos. Estes elementos podem funcionar como desreguladores endócrinos, os quais podem provocar um **distúrbio endócrino**, de certo modo inevitável.

Ainda assim, os especialistas recomendam a prática de um **estilo de vida saudável**, caracterizado por uma **alimentação equilibrada**, pela **prática de atividade física** e por uma **rotina de sono adequada**. Além disso, evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas é outra medida que deve adotar para, pelo menos, prevenir algumas das doenças endócrinas mais frequentes.

Portanto, e embora as doenças endócrinas não possam ser completamente evitadas, a adoção de bons hábitos de vida pode ser um passo decisivo para **reduzir** significativamente o risco de as vir a desenvolver.

A adoção de um conjunto de medidas de prevenção pode ajudar a reduzir significativamente algumas das doenças endócrinas.



CONCLUSÃO

O que deve saber sobre doenças endócrinas

A endocrinologia é, assim, uma especialidade médica que pode ajudar a tratar e a controlar várias doenças, algumas muito prevalentes, enquanto outras podem ser consideradas mais raras.

A importância desta especialidade clínica, na regulação de certos problemas de saúde, é uma evidência científica que pode ser comprovada através de vários estudos. Por exemplo, o **acompanhamento de doentes diabéticos** por uma equipa de endocrinologia pode reduzir a incidência de complicações cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio ou o acidente vascular cerebral, diminuindo também assim a mortalidade.

Ainda no caso dos **diabéticos**, o seguimento por um endocrinologista é capaz de ajudar a reduzir a duração de um internamento hospitalar e, ainda, contribuir de forma decisiva para a prevenção de hipoglicemias e hiperglicemias severas.

Deste modo, as intervenções terapêuticas tardias em doenças endócrinas podem resultar numa menor eficácia do tratamento; numa diminuição da qualidade de vida dos doentes; numa redução da esperança média de vida; na administração de mais fármacos; e em mais consultas e intervenções, nomeadamente transplantes.

Assim, é deveras importante estar mais sensível às particularidades das **doenças endócrinas** e procurar ajuda médica especializada, de modo a garantir um **acompanhamento adequado e capaz de fazer a diferença no controlo, tratamento e combate a estas patologias**.

É preciso compreender que a disfunção de uma só glândula é capaz de desregular o funcionamento de todo o nosso organismo, podendo provocar vários sintomas e problemas de saúde que importa combater, logo aos primeiros sinais.

GUIA

Fontes

(Consultadas a 05/08)

Serviço Nacional de Saúde

Rede de Referência Hospitalar. Endocrinologia e Nutrição

SPEDM

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

Dr. Fernando Baptista (Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. Hospital de Santa Maria, Lisboa)

Hipopituitarismo (Deficiência de secreção das hormonas da hipófise)

Direção-Geral da Saúde

A obesidade como doença crónica

Fundação Portuguesa de Cardiologia

Obesidade

Serviço Nacional de Saúde

Obesidade

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

ABS da diabetes

Controlar a diabetes

Entender a diabetes

Erika F. Brutsaert

Diabetes Mellitus (DM)

Association Luxembourgeoise du Diabète

O guia do diabético

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

Alterações subclínicas da tiróide

FICHA TÉCNICA

Editora

Aline Lima

Autora

Teresa Santos

Revisão

Sofia Bezerra

Design

Rita Valejo

**Medicare
Sede social**

Rua do Centro de Convenções S8,
Mazuika Office Plaza Torre A, 8º D
Talatona, Luanda
Apoio ao cliente: (+244) 944 007 610
Email: geral@medicare.ao
Site: medicare.ao/mais-saude/

Edição

Adclick
Agosto de 2020

PARA MAIS INFORMAÇÕES

(+244) 944 007 610

geral@medicare.ao

medicare.ao